



## ATTESTATION MEDICALE D'EVOLUTION

(à compléter par le médecin traitant)

Concerne: Votre référence :  
Notre référence :  
N° Police :  
Sinistre du :

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom : .....

Adresse : .....

Déclare que :

Nom : .....

Adresse : .....

est victime d'un accident survenu le .....

est temporairement incapable d'effectuer ses activités quotidiennes  
(travail, études, ménages,...)

Période et degré d'incapacité :

Du ..... au ..... inclus à ..... %

Du ..... au ..... inclus à ..... %

Du ..... au ..... inclus à ..... %

doit continuer à suivre un traitement médical en vue de la guérison des blessures  
encourues lors de cet accident.

sera guéri complètement dès le .....

Blessures incurables (description et pronostic de leur évolution)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait le ....., à .....

Signature et cachet du médecin

**Privacy notice**

En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée, et plus particulièrement avec le RGPD, Règlement général sur la protection des données (Règlement EU n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE).

Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site :

<https://www.arces.be/privacy>